ITEM 228 : DOULEUR THORACIQUE

Eléments d'orientation

Gravité : détresse

- **Détresse respiratoire** : polypnée (> 30/min), bradypnée (< 10/min, pause respiratoire), tirage, sueurs, cyanose, SpO2 < 90%, encéphalopathie respiratoire
- **Détresse hémodynamique** : ACR, état de choc (hypoperfusion périphérique, hypotension, pâleur, marbrures, oligurie), pouls paradoxal (dépression à l'inspiration profonde), cœur pulmonaire
- **Troubles de conscience** : confusion, agitation, convulsions…

→ Une bradypnée ou des irrégularités respiratoires, une bradycardie avec des signes de choc et un trouble de la vigilance font craindre un **arrêt cardio-respiratoire**

PEC

Transfert médicalisé via le 15 aux urgences, puis à faire systématiquement :
- **ECG** 12 dérivations + V3R V4R, V7 V8 V9
- **Radiographie pulmonaire**
- Dosage des **troponines** ultrasensibles

± **Gaz du sang** : si bradypnée, tachypnée, SpO_2 < 95%

Urgences

Immédiates	Moyennes urgences
« **PIED** » : - **P**éricardite (compliquée d'un épanchement avec tamponnade) - **I**nfarctus du myocarde / SCA - **E**mbolie pulmonaire - **D**issection aortique (± Rupture de l'œsophage)	- **4P :** Pleurésies Pneumonies Pneumothorax Pancréatite aiguë - UGD compliqué, cholécystite - Douleurs radiculaires

Urgences cardiaques

SCA

- A évoquer en présence de facteurs de risque, antécédents coronariens
- Douleur spontanée de repos, angor *de novo*, angor *crescendo*
- Douleur > 20 minutes, dyspnée (10%). Douleur en faveur de la nature ischémique :
  . Caractéristiques : constriction, pesanteur, brûlure
  . Siège : rétrosternal, médiothoracique, irradiant cou, épaules, avant-bras, tête; sueurs, nausées
  . Facteurs déclenchants : effort, stress, énervement, temps froid
  . Durée : minutes
- Attention aux douleurs atypiques (femme, sujet âgé) : possible de la mandibule à l'ombilic
- Confirmation :
  . ECG : un ECG intercritique normal n'élimine pas le diagnostic (une ischémie dans le territoire de l'artère circonflexe peut être muette), attention au BBG = équivalent de SCA ST+
  . Troponine (± répété à 6h si normale) ou **troponine US** (± répété à 3h si normale), mais sans retarder le traitement si SCA ST+ à l'ECG

Dissection aortique

- Pathologie exceptionnelle, sur terrain prédisposé : cf. encadré
- Douleur aiguë, prolongée, intense, type déchirement, irradiant dans le dos, migratrice (lombes)

Péricardite non compliquée

- Douleur : augmentée à **l'inspiration profonde** et en décubitus, calmée par **l'antéflexion**
- Clinique : frottement péricardique fugace inconstant
- ECG : **sus-décalage ST concave et diffus** non systématisé, sous-PQ, micro-voltage
- Diagnostic d'élimination car est l'étiologie la plus bénigne parmi les urgences

Tamponnade

- Douleur, dyspnée, polypnée puis orthopnée et toux, parfois dysphagie, nausée, hoquet
- Signes **droits** (turgescence jugulaire, RHJ) et signes de choc (tachycardie et PAS < 90)
- **Pouls paradoxal** : PAS inspiration < PAS expiration de 10mmHg
- ECG : microvoltage, parfois alternance électrique
- RP : cardiomégalie jusqu'à l'aspect en carafe
- Diagnostic : **ETT** (collapsus des cavités droites en expiration, compression du VG par le VD en inspiration, épanchement abondant)

Myo-péricardite

- Péricardite avec atteinte du myocarde le plus souvent virale
- Douleur péricardique ou mimant un SCA, parfois insuffisance cardiaque, hausse des troponines
- ETT : trouble cinétique du VG, éventuel épanchement péricardique
- IRM : possibles plages de rehaussement tardif sur les séquences avec injection de gadolinium, sans systématisation artérielle, prédominant en sous-épicarde
- Coronarographie : normale

Urgences cardiaques	**Embolie pulmonaire**	- Terrain : cancer, pilule+tabac, post-opératoire, post-partum, alitement, antécédents personnels/familiaux **- Douleur** : basithoracique, en point de côté ± **tachycardie** et **tachypnée,** toux, parfois hémoptysie tardive, signes d'insuffisance cardiaque droite… - Recherche de signes de TVP (absents dans 1/3) - 2 tableaux : . Infarctus pulmonaire, douleur basithoracique pariétopleurale fébrile, hémoptysie noirâtre tardive : bon pronostic . Cœur pulmonaire aigu avec dyspnée nue, signes de défaillance ventriculaire droite ou collapsus : douleur au 2nd plan devant l'urgence vitale, mauvais pronostic - ECG : cœur pulmonaire aigu = tachycardie sinusale, S1Q3, BBD, T négatives en V1-3 - RP : atélectasies en bandes, épanchement pleural basal, coupole surélevée, hyperclarté, mais **souvent normale** → douleur + dyspnée + RP normale : EP - Dès la suspicion : **bilan d'hémostase** complet + **anticoagulation à posologie curative** - Bilan complémentaire selon la gravité ***puis*** la probabilité : . EP à haut risque (PAS < 90 ou diminution ≥ 40 plus de 15min, ou choc) → TDM tho, sinon ETT . EP non à haut risque : score de Wells modifié ou Genève modifié → Probabilité faible ou modérée : D-Dimères, si > 500 TDM Tho → Probabilité forte : TDM Tho d'emblée sans D-Dimères
Douleurs chroniques de cause cardiaque		**- Angor stable** : constrictif, déclenchée par l'effort (ou repas), cédant à l'effort ou au spray de trinitrine en 1 à 3 minutes. Parfois atypique dans sa localisation ou ses irradiations, ou réduit aux irradiations - Angor d'effort du **rétrécissement aortique serré** - Angor fonctionnel de **l'anémie**, des **tachycardies** - Douleur d'effort de la **cardiomyopathie obstructive** - Certaines hypertensions artérielles pulmonaires sévères : douleur d'allure angineuse par souffrance VD
Causes extra cardiaques de douleur thoracique	**Pulmonaire**	**- Pneumothorax** : douleur pleurale, **tympanisme**, abolition MV, dyspnée **- Épanchement pleural** : douleur pleurale, **matité**, dyspnée **- Douleurs pleurales chroniques** : mésothéliome, pachypleurite **- Pneumopathies infectieuses** : douleur en coup de poignard, fièvre, syndrome de condensation avec souffle tubaire entouré d'une couronne de crépitants
	Œsophagienne	- RGO ou œsophagite - Spasme œsophagien : douleur d'allure angineuse, le plus souvent déclenchée par la déglutition, parfois calmée par les nitrés ! - Dysphagie - Rupture de l'œsophage : exceptionnelle mais urgence à évoquer devant la douleur thoracique, dyspnée, emphysème sous-cutané, pneumomédiastin
	Pariétale (musculaire ou squelettique)	- Syndrome de Tietze : douleur reproduite à la palpation - Lésions sternales, arthralgies chondro-costales - Fractures costales : éventuellement pathologiques (métastases, myélome…) - Musculoligamentaire
	Neurologique	- Zona intercostal - Tassement vertébral
	Abdominale (projetée)	- Lithiase vésiculaire - Ulcère gastroduodénal - Pancréatite aiguë - Appendicite sous-hépatique - Abcès sous-phrénique
	Douleurs psychogènes	→ **Diagnostic d'élimination** : 1/4 des douleurs thoraciques aux urgences ± avec attaque panique - Douleur de présentation variable, chercher une angoisse ou une névrose - Signes associés variables: palpitations, tremblements, sudation, frissons, nausées - Examens complémentaires normaux

DISSECTION AORTIQUE

= **Passage de sang de l'aorte vers un faux chenal** suite à une **déchirure intimale** : clivage entre la couche interne et externe de la média ➝ formation d'un **faux chenal** (à pression élevée et vitesse lente) ➝ progression du faux chenal dans le sens antérograde ou rétrograde, atteignant les branches collatérales de l'aorte
- En cas d'atteinte de l'**aorte ascendante** : risque d'**insuffisance aortique**, de **tamponnade** (hémopéricarde massif) et/ou de **choc** (compression du vrai chenal par le faux)
- En cas d'atteinte de l'**aorte descendante** : risque d'**hypoperfusion des organes abdominaux** (ischémie mésentérique, IRA…)
- Risque de **rupture de l'aorte** : décès rapide

Type	**De Bakey**	Type 1 = aorte ascendante ➝ après l'a. sous-clavière gauche	Type 2 = aorte ascendante ➝ avant le tronc artériel brachio-céphalique	Type 3 = après l'a. sous-clavière ➝ aorte descendante et après
	De Daily ou de Stanford	**Type A** = touche l'aorte ascendante		**Type B** = ne touche pas l'aorte ascendante

Cause

- **HTA ancienne** = principal facteur de risque : présente dans > 80% des cas
- Maladie du tissu aortique : **syndrome de Marfan, Ehlers-Danlos, maladie annulo-ectasiante, anévrisme**
- Autres : **iatrogène** (cathétérisme artériel), **grossesse**, **traumatique**

Diagnostic

C

- **Douleur thoracique** : déchirement aigu, prolongé, migrateur (débutant dans le thorax puis évoluant vers le dos, les lombes et les MI), très intense, difficilement calmé par les antalgiques, sans position antalgique
- Type A : - **Asymétrie des pouls** (20%) **et de la PAS aux membres supérieurs** (anisotension **> 20 mmHg**)
  - **Insuffisance aortique** (50% des types A)
- **Poussée hypertensive**
- Complications : **syncope, OAP, choc cardiogénique, tamponnade sur hémopéricarde, hématémèse, hémoptysie, déficit neurologique, épanchement pleural** (le plus souvent gauche), **ischémie aiguë de membre, AVC, infarctus mésentérique**

Probabilité

Score de probabilité clinique de dissection aortique ➝ probabilité faible (0-1) ou forte (2-3) :
- **Terrain évocateur +1 :** syndrome de Marfan, antécédent familial de maladie aortique, anévrisme de l'aorte thoracique ou pathologie valvulaire connus, antécédent de chirurgie aortique
- **Douleur thoracique évocatrice +1 :** douleur thoracique, dorsale ou abdominale de début brutal, intense, à type de déchirement
- **Signes évocateurs cliniques +1 :** abolition d'un pouls, asymétrie tensionnelle, déficit neurologique focal, insuffisance aortique, hypotension ou choc

PC

- **ECG** : le plus souvent normal, ou **dissection coronaire** = **IDM** (20% des types A)
- **RP** : élargissement du médiastin supérieur, double contour du bouton aortique, ± épanchement pleural
- Biologie : **NFS, CRP, D-Dimères, Troponines US** (nécrose myocardique), **CPK** (rhabdomyolyse), **créatininémie**, **bilan préopératoire**

ETT	- Signes indirects : aorte thoracique ascendante élargie - Recherche de complications : **insuffisance aortique, tamponnade**
ETO	- Signe direct : **voile intimal** pathognomonique - Doppler : recherche de l'extension et de la porte d'entrée ➝ Au bloc sous AG en cas de suspicion clinique forte : **chirurgie** d'emblée si confirmation
Angioscanner aortique	- Examen rapide, sensible, spécifique : voile intimal, vrai et faux chenal (le faux bombe dans le vrai), portes d'entrée et sortie, artères de la crosse, péricarde ± visualisation coronaires
Angio-IRM	= Bonne Se et Sp, mais rarement réalisable en urgence

➝ Devant un tableau clinique fortement évocateur, on peut parfois ne pas retrouver de dissection aux examens, mais un **hématome intramural** ou une **ulcération aortique =** même valeur diagnostique
➝ En cas d'examens normaux, ne pas exclure un **syndrome de fissuration** : réitérer les examens (ETO, TDM)

Stratégie

- **Instable** sur le plan hémodynamique ➝ **ETT + ETO** d'emblée au bloc chirurgical ou **TDM tho**
- **Stable** sur le plan hémodynamique
  . Faible probabilité clinique ➝ **ETT** + **RP** + **D-Dimères**
  Si ≥ 1 examen anormal TDM tho ou ETO ou angio-IRM
  . Forte probabilité clinique ➝ **ETT** + **ETO** au bloc chirurgical ou **TDM tho**

Complications		- **Extension** de la dissection : **IDM, infarctus rénal, AVC, infarctus mésentérique, ischémie aiguë de MS ou MI** - **Insuffisance aortique aiguë** - **Rupture externe de la paroi** : **hémothorax, hémopéricarde, hémomédiastin** ➝ Pronostic spontané sombre : forte mortalité (1% par heure la 1ère journée pour les types A)
TTT	Contrôle tensionnel	**-** Médicament **: β-bloquant** en l'absence de choc ou **anticalcique** si choc ou β-bloquant insuffisants - Objectif = **PAS** = **100 à 120 mmHg** (urgence hypertensive)
	Mesures associées	- Antalgique de palier 3 : **morphine** d'emblée ➝ Les anticoagulants sont strictement contre-indiqués à dose curative (risque de rupture)
	Type A	**= Chirurgie en urgence** sous CEC : **fermeture de l'orifice d'entrée du faux chenal** avec pose d'un **greffon prothétique** ± **réparation de la valve aortique** ± **réimplantation des coronaires**
	Type B	- TTT médical avec contrôle strict de la PA : cible PA < 120/80 - **Cathétérisme interventionnel** = **stent (endoprothèse)**, **fenestration aortique** endovasculaire : en cas de souffrance viscérale (ischémie mésentérique, rénale…) ou de dilatation aortique > 45 mm